

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



Una Institución Adventista

Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente con Insuficiencia Renal

Crónica reagudizada e infección de vías urinarias en el Servicio de

Emergencia de una clínica de Lima, 2018

Por:

María Alejandra Flores Toscana

Asesora:

Lic. Delia Luz León Castro

Lima, marzo de 2019

DECLARACIÓN JURADA
DE AUTORÍA DEL TRABAJO ACADÉMICO

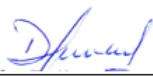
Yo, DELIA LUZ LEÓN CASTRO, adscrita a la Facultad de Ciencias de la Salud, y docente en la Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud de la Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que el presente trabajo de investigación titulado: *“Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente con Insuficiencia Renal Crónica reagudizada e infección de vías urinarias en el Servicio de Emergencia de una clínica de Lima, 2018”* constituye la memoria que presenta la licenciada FLORES TOSCANA MARIA ALEJANDRA, para aspirar al título de segunda especialidad profesional de enfermería en Emergencias y desastres ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Las opiniones y declaraciones de este trabajo académico son de entera responsabilidad del autor, sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente declaración en Lima, a los doce días del mes de junio de 2019.



Mg. Delia Luz León Castro

Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente con Insuficiencia Renal Crónica
reagudizada e infección de vías urinarias en el Servicio de Emergencia de una clínica de Lima,

2018

TRABAJO ACADÉMICO

Presentado para optar el título de segunda especialidad profesional de enfermería en
Emergencias y desastres

JURADO CALIFICADOR



Dra. Maria Teresa Cabanillas Chavez

Presidente



Dra. Danitza Raquel Casildo Bedón

Secretario



Mg. Delia Luz León Castro

Asesor

Lima, 12 de junio de 2019

Tabla de contenido.

Símbolos usados.....	viii
Resumen.....	ix
Capítulo I: Valoración.....	10
Datos generales	10
Valoración según patrones funcionales	10
Patrón I: Percepción – control de la salud	10
Patrón II: Nutricional metabólico	11
Patrón III: Eliminación	11
Patrón IV: Actividad – ejercicio	11
Patrón V: Descanso – sueño	12
Patrón VI: Perceptivo - cognitivo	12
Patrón VII: Autopercepción – Autoconcepto.	12
Patrón VIII: Relaciones – rol.	12
Patrón IX: Sexualidad/reproducción.....	12
Patrón X: Adaptación – tolerancia a la situación y al estrés.....	13
Patrón XI: Valores y creencias..	13
Datos de valoración complementarios..	13
Tratamiento médico..	15
Capitulo II: Diagnóstico, Planificación y Ejecución.....	16
Diagnóstico enfermero.....	16
Primer diagnóstico: Hipertermia.....	16
Segundo diagnóstico: Dolor agudo.....	16

Tercer diagnóstico: Cp Infección.....	16
Cuarto diagnóstico: Cp. Insuficiencia renal crónica.....	17
Quinto diagnóstico: Deterioro de la integridad tisular.....	17
Planificación.....	18
Priorización.....	18
Plan de cuidados.....	19
Capitulo III: Marco teórico.....	24
Hipertermia.....	24
Dolor agudo.....	28
Cp. Infección.....	31
CP. Insuficiencia Renal Crónica.....	34
Deterioro de la integridad tisular.....	38
Capitulo IV: Evaluación y conclusiones.....	42
Evaluación.....	42
Primer diagnóstico.....	42
Segundo diagnóstico.....	42
Tercer Diagnostico.....	42
Cuatro Diagnostico.....	42
Quinto diagnóstico.....	43
Conclusiones.....	43
Referencias Bibliografías.....	44
Apéndices.....	49

Índice de tablas

Tabla 1: <i>Bioquímica sanguínea 27/04/18</i>	13
Tabla 2: <i>Hemograma completo: 27/04/18</i>	14
Tabla 3: <i>Examen completo de orina. 27/04/18</i>	14
Tabla 4: <i>Urocultivo 27/04/18</i>	15
Tabla 5: <i>Hipertermia</i>	19
Tabla 6: <i>Dolor agudo</i>	20
Tabla 7: <i>Cp. Infección</i>	21
Tabla 8: <i>Cp. Insuficiencia renal crónica</i>	22
Tabla 9: <i>Deterioro de la integridad tisular</i>	23

Índice de anexos

Apéndice A: Guía de valoración.....	49
Apéndice B: Consentimiento.....	53
Apéndice C: Escalas de evaluación.....	53

Símbolos usados

PAE: Proceso de atención de enfermería

OMS: Organización Mundial De La Salud

OPS: Organización Panamericana De La Salud

PCR: Proteína C Reactiva

RHA: Ruidos hidroaereos

IRC: Insuficiencia Renal Crónico

BUN: Nitrógeno ureico en la sangre

FG: Filtrado Glomerular

HTA: Hipertensión Arterial

IR: Insuficiencia Renal

NANDA: North American Nursing Diagnosis Association

NIC: Nursing Interventions Classification

VFG: Velocidad de Filtración Glomerular

Dx: Diagnostico

EVA: Escala Visual Analógica

FC: Frecuencia Cardiaca

LAV: Líquidos a Voluntad

IMC: Índice de Masa Corporal

UPP: Úlcera por presión

FR: Frecuencia respiratoria

PCR: La proteína C reactiva

CFV: Controles de Funciones Vitales

Resumen

La aplicación del presente PAE corresponde al paciente P.W.E.A, aplicado en Emergencia. El Dx. Médico del paciente fue insuficiencia renal crónica reagudizada, fiebre, infección de vías urinarias. En el tiempo que permaneció en el servicio se realizó la valoración física y verbal de paciente. Se priorizaron cinco diagnósticos: Hipertermia relacionada con enfermedad. Cp. Infección. Cp. Insuficiencia renal crónica y deterioro de la integridad tisular. En la cual se plantearon los planes de cuidados con los siguientes objetivos generales: el paciente disminuirá la hipertermia durante el turno, disminuirá el dolor durante el turno, revertirá infección durante la estancia hospitalaria, controlará insuficiencia renal crónica y presentará disminución del deterioro de la integridad tisular. De los objetivos se alcanzaron: El primero alcanzado; el paciente evidencia temperatura: 37°C, FC: 80x´. Tercero alcanzado; se logra controlar la infección. Cuatro parcialmente alcanzado; se logra controlar la IRC. Quinto parcialmente alcanzado; el paciente aún permanece con la bolsa de Colostomía y la abertura de la fistula urovesical. Se logra aplicar el PAE: Primero recolección de datos fue verbal a través de la familia. Segundo, en la que se identificaron los diagnósticos de enfermería que son solucionables y las complicaciones potenciales que puede ser mejoradas con el equipo multidisciplinario. Tercero el proceso de planeación que se elaboró los planes de cuidados de enfermería definiendo la prioridad para decidir los problemas de salud. Posteriormente, se estableció objetivos y resultados esperados de cada problema. Cuarta: En la ejecución se realizan los planes de cuidados y finalmente la evaluación lográndose alcanzar tres objetivos y dos fueron parcialmente alcanzados por presentar complicaciones.

Palabras claves: Fístula uro vesical, hipertermia, colostomía, urocultivo, insuficiencia renal crónica.

Capítulo I

Valoración

Datos generales.

Nombre: P.W.E.A

Edad: 65 años.

Motivo de ingreso y diagnóstico médico:

El adulto mayor de género masculino ingresa al servicio de emergencia en silla de ruedas, procedente de su domicilio, somnoliento, diaforético, familiar refiere malestar general, que inicia con disuria hace 8 horas, náuseas, vómitos, escalofríos, decaimiento y fiebre. Hace 3 años es portador de bolsa de colostomía por fistula colovesicales y actualmente fistula vesicocutáneo en región infraumbilical, hiperuricemia, ERC de lado derecho, hidronefrosis izquierda severa. De inmediato médico tratante decide la hospitalización.

Infección de vías urinarias sitio no especificado

Insuficiencia renal

Fiebre

Horas de hospitalización: 10 horas.

Diagnóstico médico: insuficiencia renal crónica reagudizada, fiebre, infección de vías urinarias.

Horas de atención de enfermería: 10 horas.

Valoración según patrones funcionales:

Patrón I: Percepción – control de la salud.

Dx. Médico: insuficiencia renal crónica, Infección de vías urinarias. Fiebre no especificada. Antecedente de enfermedad:

Paciente con antecedente de hipertensión arterial, Infección urinaria y portadora de bolsa de colostomía y cicatriz con secreción hace 3 años, fistula vesical en enero 2013,

ERC, hidronefrosis severa 2008, Insuficiencia renal en octubre 2017, Gota 2005.

Cirugías: Intervención quirúrgica de colon en enero 2013. Fístula vesicocutáneo.

Alergias: no refiere.

Medicación habitual: Losartán en la mañana. Atorvastatina en la noche, Ácido fólico 2

Tab en el almuerzo, Tiamina en el almuerzo y en la noche.

Factores de riesgo: No fuma, toma licor eventualmente.

Patrón II: Nutricional metabólico.

Paciente adulto mayor, con piel tibia turgente ruborizada, caliente al tacto, mucosas orales semihidratadas, dentadura completa sin presencia de caries, nutrición vía oral, apetito disminuido, sed disminuidos, dieta blanda + LAV. T° 39.1°C. Peso: 78Kg, talla: 1.65 cm, IMC: 28.65 conclusión: Sobrepeso, abdomen blando depresible dolor en flancos bilaterales, RHA presentes, estoma en hipogastrio izquierdo permeable hace 3 años, fistula vesicocutáneo en región infraumbilical cubierta con apósito húmedo con secreción purulenta, valoración de UPP: No presenta.

Patrón III: Eliminación.

El paciente presenta deposiciones: presencia de bolsa de colostomía hace 3 años se observa heces semilíquidas 50 CC. No elimina flatos. Diuresis: no controla. Pañal: durante la noche.

Patrón IV: Actividad – ejercicio.

Actividad respiratoria.

El paciente adulto mayor de 65 años de edad, ventilando espontáneamente, en posición dorsal con FR: 19 x', Sat O2: 98%, en la auscultación murmullo vesicular en ambos campos pulmonares.

Actividad circulatoria.

Fc: 114 x' regular, pulso periférico rítmico. PA: 100/60 MmHg. Riego periférico normal.

Llenado capilar < 2''.

Capacidad de autocuidado.

Grado de dependencia II, fuerza muscular disminuida, movilidad de miembros conservada. En regular estado de higiene.

Patrón V: Descanso – sueño.

El paciente refiere que duerme durante la noche con total normalidad y ahora ha disminuido por el malestar general.

Patrón VI: Perceptivo - cognitivo.

El paciente presenta Glasgow: 15 puntos, pupilas isocoras/fotoreactivas; dolor en flancos bilaterales EVA: 7/10 puntos.

Patrón VII: Autopercepción – Autoconcepto.

Estado emocional: Paciente se muestra indiferente, depresivo, ansioso y temor a la expresión.

Patrón VIII: Relaciones – rol.

Es trabajador actual; su profesión: Ingeniero pesquero. Vive con su familia y buena relación con la misma, recibe visitas de ellos mismo.

Patrón IX: Sexualidad/reproducción.

Genitales acordes a su edad en regular estado de higiene.

Patrón X: Adaptación – tolerancia a la situación y al estrés.

Refiere preocupación y desconfianza por experiencia de enfermedad anterior. Familiares refieren preocupación por el estado de salud de paciente, porque ya tuvo un episodio negativo en otra clínica.

Patrón XI: Valores y creencias:

Católico.

Datos de valoración complementarios:

Exámenes auxiliares:

Tabla 1

Bioquímica sanguínea 27/04/18

Compuesto	Valor encontrado
Creatinina:	1.94 mg/dL.
Glucosa:	106.80 mgdl.
Proteína C reactiva	5.840 mg/L.

Fuente: historia clínica y análisis de laboratorio.

Interpretación:

PCR elevada, Presencia de inflamación o infección en el organismo.

Tabla 2

Hemograma completo: 27/04/18

	Valor encontrado.
Glóbulos blancos:	13.75 cel/mm ³
Hemoglobina:	12.9 mg/dl
Hematocrito	31.8%
Plaquetas:	197 000 cel/mm ³
Linfocitos:	2.9 %
Monocitos:	4.7 %
Eosinofilos:	0
Basófilos:	0

Fuente: historia clínica y análisis de laboratorio.

Interpretación:

Quando el recuento es elevado puede indicar la existencia de una infección.

Tabla 3

Examen completo de orina. 27/04/18

Compuesto	Valor encontrado
Color	amarillo
Aspecto	Turbio
Proteína	Positivo 2 (+)
Glucosa	Negativo
Ácido ascórbico	Negativo
Nitritos	Negativo
Células planas	0-2
Cuerpos cetónicos	Negativo.
Leucocitos: xc	15 -20 células/ul
Cristales	No hay
Hematíes xc	4-6
Bacterias	3 (+)

Fuente: historia clínica y análisis de laboratorio

Interpretación:

El paciente presenta leucocitos en un número mayor de 10 células/ul, bacterias y hematíes; por infección de las vías urinarias.

Tabla 4

Urocultivo 27/04/18

Compuesto	Valor encontrado
Gran:	Bacilos Gran Negativos 3(+).
Recuento:	100,000 ufc/ml
Se aisla:	Echerichia coli

Fuente: historia clínica

Interpretación: Urocultivo Positivo

Tratamiento médico: 24/04/18

Dieta blanda + LAV

CLNA 0.9% 1000 cc a 45 gotas / min.

Ceftriaxona 2 gr EV Cada 24 horas.

Dimenhidrinato 50 mg Ev PRN nauseas.

Paracetamol Tab. 500 mg PRN T° mayor de 38°C

Captopril 25 mg 1tb si PA mayor de 150/90 MmHg

CFV + BH.

Capítulo II

Diagnóstico, planificación y ejecución

Diagnóstico enfermero.

Primer diagnóstico:

Características definitorias: Taquicardia, rubor, calor al tacto, T°: 39.1°C.

Etiqueta diagnóstica: hipertermia.

Factor relacionado: enfermedad.

Enunciado diagnóstico: hipertermia relacionado con enfermedad evidenciado por taquicardia, rubor, calor al tacto, T°: 39.1°C.

Segundo diagnóstico:

Características definitorias: irritabilidad, informes verbales de dolor EVA: 7/10, cambios en el pulso aumentado, máscara facial de dolor.

Etiqueta diagnóstica: dolor agudo.

Factor relacionado: agentes lesivos biológicos.

Enunciado diagnóstico: dolor agudo relacionado a agentes lesivos biológicos evidenciado por Irritabilidad, Informes verbales de dolor EVA: 7/10, cambios en el pulso aumentado, máscara facial de dolor.

Tercer diagnóstico:

Etiqueta: Cp Infección.

Definición: ss la invasión y multiplicación de agentes patógenos en los tejidos de un organismo.

Etiología: las infecciones pueden deberse a bacterias, hongos, virus, protozoos o priones.

Las infecciones pueden ser además locales o sistémicas.

Signos y síntomas: Cada enfermedad infecciosa tiene sus signos y síntomas específicos. Entre los signos y síntomas generales que son frecuentes en muchas enfermedades infecciosas se incluyen: Fiebre, diarrea, fatiga, dolores musculares, tos.

Enunciado: Cp. Infección.

Cuarto diagnóstico:

Etiqueta: Cp. Insuficiencia renal crónica.

Definición: La insuficiencia renal crónica es la presencia del daño renal caracterizado por anormalidades estructurales o funcionales con o sin descenso de la tasa de filtración glomerular a menos de 60ml/1.73m², siendo un proceso fisiopatológico de carácter progresivo e irreversible que lleva a un estado terminal con una duración igual o mayor de 3 meses,

Etiología: La principal causa es la glomerulonefritis crónica, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, enfermedad quística, litiasis renal, obstrucción distal, cáncer.

Síntomas: Alteraciones del balance hidroelectrolítico, que es retención de la sal, el paciente se siente más cansado, tiene problemas para concentrarse, poco apetito, le cuesta dormirse, padece de calambres en las noches, sus pies y sus tobillos se hinchan, sus ojos lucen hinchados, disminución de la capacidad de concentrar la orina, edema, aumento de peso, insuficiencia cardiaca.

Quinto diagnóstico:

Características definitorias: Interrupción de la continuidad de la piel, destrucción de las capas cutáneas.

Etiqueta diagnóstica: Deterioro de la integridad tisular.

Factor relacionado: Procedimiento quirúrgico.

Enunciado diagnóstico: deterioro de la integridad tisular relacionado a exposición del drenaje de la fistula humedad evidenciado por lesión tisular.

Planificación

Priorización.

1. Hipertermia relacionada con enfermedad evidenciado por taquicardia, rubor, calor al tacto, T°: 39.1°C.
2. Dolor agudo relacionado a agentes lesivos biológicos evidenciado por Irritabilidad, Informes verbales de dolor EVA: 7/10, cambios en el pulso aumentada, máscara facial de dolor.
3. Cp. Infección.
4. Cp. Insuficiencia renal crónica.
5. Deterioro de la integridad tisular relacionado a exposición del drenaje de la fistula humedad evidenciado por lesión tisular.
6. Incontinencia urinaria por rebosamiento relacionado obstrucción del drenaje vesical evidenciado por presencia de fistula.
7. Riesgo de caídas relacionado a entorno desconocido, disminución de la fuerza en las extremidades inferiores, urgencia urinaria.
8. Ansiedad relacionada grandes cambios: estado de salud evidenciado por Angustia, aumento de desconfianza, nerviosismo, temor, preocupación.
9. Conocimientos deficientes relacionados a insuficiente interés en el aprendizaje evidenciado a conocimientos insuficientes.

Plan de cuidados:

Tabla 5

Diagnóstico de enfermería: Hipertermia relacionada con enfermedad evidenciado por taquicardia, rubor, calor al tacto, T°: 39.1°C

Objetivos	Intervenciones	Ejecución
Objetivo general:	1. Valorar PNM: temperatura, color y rubor de piel.	—————>
El paciente presentará disminución de hipertermia durante el turno.	2. Administrar paracetamol 1 gr. EV según indicación.	20: 00
	3. Brindar cuidados con medios físicos.	—————>
	4. Favorecer la ingesta de líquidos.	—————>
Resultados Esperados:	5. Observar la presencia de signos y síntomas de hipotermia.	—————>
1. El paciente evidenciará temperatura corporal entre 36.5 – 37 °C.	6. Valorar el color, temperatura y humedad de la piel.	—————>
2. El paciente presentará FC dentro de valores normales (60-90 x´).	7. Mantener un ambiente tranquilo, fresco y ventilado, si es posible.	—————>
3. El paciente presentará coloración normal de la piel.	8. Valorar la respuesta a los antipiréticos.	—————>
4. El paciente evidenciará piel tibia al tacto.	9. Vigilar los niveles de conciencia.	—————>

Tabla 6

Dolor agudo relacionado a agentes lesivos biológicos evidenciado por irritabilidad, informes verbales de dolor EVA: 7/10, cambios en el pulso aumentada, máscara facial de dolor

Objetivos	Intervenciones	Ejecución
Objetivo general:	1. Valorar la intensidad del dolor según escala (1/10 EVA).	→
El paciente disminuirá el dolor durante el turno.	2. Permitir al paciente adoptar una posición antalgica.	→
	3. Administrar paracetamol 1 gr EV.	20: 00
	4. Valorar las constantes vitales: presión sanguínea, temperatura, frecuencia respiratoria y frecuencia cardiaca; antes y después de la administración del medicamento.	→
Resultados Esperados:		
1. El paciente referirá disminución dolor durante el turno calificado en EVA 4.	5. Revalorar el dolor utilizando la escala del 1 a los 10 puntos.	→
2. El paciente presentará FC entre 60-90 x´.	6. Controlar los factores ambientales que puedan influir en la respuesta del paciente a las molestias.	→
3. El paciente evidenciará fascies de alivio y sosiego.	7. Integrar a la familia en la modalidad de alivio del dolor si fuera necesario.	→
4. Paciente evidenciará ausencia de irritabilidad.	8. Utilizar un enfoque multidisciplinario al manejo del dolor, cuando corresponda.	→
	9. Favorecer un ambiente favorable.	→

Tabla 7

Cp. Infección

Objetivos	Intervenciones	Ejecución
Objetivo general:	1. Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados del paciente.	—————>
1. Revertir la infección.	2. Realizar curaciones diarias con técnica aséptica.	—————>
	3. Administrar un tratamiento antibiótico cuando sea adecuado: Ceftriaxona 2 gr EV c/24 h.	20: 00
	4. Tener en cuenta las medidas de bioseguridad.	—————>
	5. Control de resultados de laboratorio	—————>
	6. Coordinación para toma de exámenes complementarios.	—————>
	7. Fomentar una ingesta nutricional adecuada.	—————>
	8. Fomentar la ingesta de líquidos según corresponde.	—————>
	9. Limpiar la piel del paciente con un agente antibacteriano apropiado.	—————>
	10. Usar guantes según lo exigen las normas de precaución universal.	—————>
	11. Enseñar al paciente y a la familia evitar infecciones.	—————>
	12. Instruir al paciente y a la familia acerca de los signos y síntomas de infección	—————>

Tabla 8

Cp. Insuficiencia renal crónica

Objetivos	Intervenciones	Ejecución
Objetivo general:	1. Controlar la presión arterial.	→
1. Controlar insuficiencia renal crónica.	2. Brindar una dieta para paciente renal.	→
	3. Disminuir la proteína de la dieta, dieta bajo en sal, bajo en potasio, bajo en fosforo.	→
	4. Realizar un balance Hídrico estricto.	→
	5. Controla diuresis horaria.	→
	6. Limitar estrictamente el consumo de líquidos.	→
	7. Administrar Captopril 25 mg o furosemida 40 mg según indicación médica	→

Tabla 9

Deterioro de la integridad tisular relacionado a exposición del drenaje de la fistula humedad evidenciado por lesión tisular

Objetivos	Intervenciones	Ejecución
Objetivo general:	1. Realizar el lavado de manos.	—————>
El paciente presentará disminución del deterioro de la integridad tisular durante su estancia hospitalaria.	2. Vigilar zona enrojecida de la piel.	—————>
	3. Mantener la piel seca e hidratada.	—————>
	4. Realizar cambios posturales.	—————>
	5. Asegurar una nutrición adecuada rica en Vit. A y C.	—————>
	6. Instruir al paciente/familia sobre cuidados piel.	—————>
Resultados Esperados:		
1. El paciente recuperará integridad tisular durante su estancia hospitalaria.	7. Limpiar la herida con suero fisiológico.	—————>
	8. Controlar las características de la herida: drenaje, dolor, tamaño, olor.	—————>
	9. Cubrir la herida de forma adecuada con apósitos.	—————>
	10. Observar el grado de vulnerabilidad del paciente a las infecciones.	—————>
	11. Mantener la sala limpia y ordenada para evitar la contaminación	—————>

Capítulo III

Marco teórico

Hipertermia:

Soriano y Morales (2014) mencionan que la hipertermia es un trastorno de la regulación de la temperatura corporal caracterizado por una elevación de la temperatura central superior a $37.5 + 0.5^{\circ}\text{C}$.

Asimismo, Harrison (2012) refiere que el centro que controla la temperatura corporal es el hipotálamo elevando la temperatura corporal por encima del punto de regulación del centro termorregulador.

A la vez, Utili (2017) asegura que las sensaciones extremas de calor pueden afectar la capacidad homeotérmica que tiene el cuerpo. Cuando la temperatura externa, es superior a la que normalmente tiene el cuerpo, la temperatura interna del organismo puede elevarse, produciendo así problemas para la salud. Una temperatura corporal que supera los 40°C , podría acarrear consecuencias severas.

Desde un inicio North American Nursing Diagnosis Association 2017, la define como temperatura corporal central superior al rango normal diurno a causa del fallo de la termorregulación.

Carrasco (2013), refiere que la hipertermia es el aumento de la temperatura esto se debe a un fallo de los mecanismos termo regulatorios implicados en el control de la temperatura y de la fiebre, cuando los mecanismos reguladores están intactos funcionalmente pero actúan para inducir y mantener una temperatura elevada, haciendo que el nivel de temperatura corporal a partir del

cual el hipotálamo induce una respuesta sistémica dirigida a perder calor está más elevado que en condiciones normales.

Del mismo modo, Ramón (2014) considera que la temperatura normal del cuerpo en un adulto sano es de 37° C, pero eso es variable, ya que la temperatura del cuerpo es más baja en la mañana (alrededor de las 6:00 am) y más alta en la tarde (4:00 pm-6:00 pm). Normalmente, la temperatura del cuerpo también se eleva en respuesta a ciertas condiciones, como la actividad física y el clima cálido.

Asimismo, Dräger Medical GmbH (2016) describen que fiebre e hipertermia es un estado en que la temperatura corporal central aumenta por encima de los límites normales, considerándose la fiebre como una reacción fisiológica regulada y la hipertermia tiene lugar cuando se superan los límites de los mecanismos termorreguladores del organismo. La fiebre es una función central dentro de una respuesta inmunológica, los aumentos de la temperatura activan los linfocitos T, los neutrofilos y los macrófagos estimulando la producción de anticuerpos y citosinas. Las temperaturas superiores a 41°c pueden provocar el desarreglo del sistema de coagulación y alterar la función enzimática, los pacientes pueden experimentar alucinaciones y confusión, del mismo modo la hipertermia desencadena un mayor gasto cardiaco haciendo que aumente el consumo de oxígeno y las pérdidas fluidas.

La hipertermia a diferencia de la fiebre no se trata de una condición sujeta a mecanismos de regulación del cuerpo. Si un organismo experimenta calentamiento externo o genera más calos a través de la actividad de la que puede erradicar con eficacia el entorno, las temperaturas aumentan. Los pirógenos no están involucrados en la hipertermia y este motivo la medicación antipirética resulta ineficaz.

El paciente en estudio presentó alza térmica: 40°C, malestar general, diaforesis, taquicardia, signos y síntomas propios de una hipertermia.

Los factores relacionados para este diagnóstico son: Actividad vigorosa, agentes farmacológicos, aumento de la tasa metabólica, deshidratación, disminución de la respuesta sudorípara, enfermedad, isquemia, sepsis, temperatura ambiental elevada, traumatismos y vestimenta inapropiada. El paciente en estudio presentó como factor relacionado la enfermedad, por invasión de gérmenes patógenos el mismo que se corrobora con los resultados de examen completo de orina.

Se realizaron cuidados específicos para este diagnóstico como son: Monitorizar la temperatura corporal y el color de piel.

Las intervenciones a realizarse frente a este problema se basa en monitorizar los signos vitales: que expresan cambios que ocurren en el organismo, algunos de índole fisiológico y otros de tipo patológico: En la alza térmica la temperatura se debe a una regulación transitoria del centro regulador que está situado en el hipotálamo, cuando la temperatura corporal cae por debajo de lo normal se activan el metabolismo y contracciones espasmódicas produciendo calor y escalofríos, en la frecuencia cardíaca existe elevación del pulso cuando se compensa la vasodilatación periférica elevando la temperatura y cuando la frecuencia cardíaca no es mayor de 160 latidos por min hay excitación del simpático (Villegas, 2012).

En un inicio, administrar paracetamol EV 1gr, esto tiene lugar bloqueando el pirógeno endógeno en el centro del hipotálamo regulando la temperatura e inhibiendo la síntesis de las prostaglandinas. El calor es disipado por vasodilatación y aumenta el flujo sanguíneo periférico y sudoración no afecta el tiempo de protrombina ya que es muy débil la acción sobre las plaquetas es muy débil (Vademécum, 2016).

Por consiguiente, brindar cuidados con medios físicos, con compresas de agua tibia durante 20 min. Basados en la pérdida de calor por evaporación, radiación, convección y conducción pueden ser eficaces como coadyuvante (Doenges, 2006).

Luego favorecer la ingesta de líquidos. La hidratación es con agua fría. Para evitar la deshidratación debido a la pérdida de agua y sodio. Beber agua compensa la pérdida de agua corporal enfriando el organismo y reduce los efectos negativos del alza de temperatura. (Berenguer, 2010). La deshidratación aumenta la temperatura corporal (Iglesias, 2010).

A medida que se incrementa la temperatura corporal se precisaran más líquidos y en los adultos disminuyendo el porcentaje de masa muscular (Iglesias, 2010).

Siendo una de las posibles complicaciones: hipotermia que es la regulación de la temperatura y depende en gran medida de un sistema nervioso simpático sano, en la cual consiste en un trastorno general del organismo producido por el frío en el que este es incapaz de generar suficiente calor para el mantenimiento correcto de las funciones fisiológicas corporales del interior del cuerpo, en contraste con la temperatura superficial de la piel y el tejido subcutáneo (Carpenito, 2014).

Luego observar constantemente el color, si hay rubor existe hipertermia y la piel se encuentra caliente y si hay hipotermia existe palidez a azulado cianótico poniéndose la piel fría, por la disminución del flujo sanguíneo, la temperatura y humedad de la piel (Crespo, 2015)

Del mismo modo, mantener un ambiente tranquilo, fresco y ventilado porque en un ambiente frío disminuye la temperatura de la piel disminuyendo la temperatura corporal (Crespo, 2015).

Por lo consiguiente, mantener los fluidos intravenosos prescritos. Para evitar la deshidratación porque cuando el cuerpo está caliente aumenta la pérdida de agua a través de la piel, es un mecanismo de regulación (Juan M.N. 2018).

Mientras observamos y valoramos la respuesta a los antipiréticos. Para conocer la efectividad del antipirético, los efectos secundarios y los signos de reacción (Almonacid, 2010).

También vigilamos los niveles de conciencia porque puede presentar obnubilación, delirio, cefalea por la variación del diámetro de los vasos intracraneales (Crespo 2015).

Dolor agudo.

Kosier (2013) menciona que el dolor es una sensación desagradable y muy personal que no puede compartirse con otros, puede ocupar todo el pensamiento de una persona, dirigir todas las actividades y cambiar la vida. El dolor intenso está siendo considerado actualmente como una situación que merece anticipación tratamiento inmediato siendo un problema de alta prioridad y representa un peligro fisiológico como psicológico para la salud.

Mientras que, Del Arco (2015) define al dolor como una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a un daño tisular real o potencial.

No solo, sino que Erazo, Pérez, Colmenares, Álvarez, y Suárez (2015) mencionan que desde la antigüedad el dolor ha sido uno de los principales problemas de la humanidad, siendo causa de discapacidad y sufrimiento creciente en quien lo padece. El inadecuado tratamiento del dolor tiene grandes repercusiones en la calidad de vida del paciente y sus familiares, al igual que a nivel social y económico.

También García-Andreu, (2017) menciona que no todos los dolores son iguales y que tendríamos que distinguir el síndrome doloroso de cada paciente, el dolor somático suele referirse como opresivo o punzante y está relacionado con daño a estructuras somáticas como hueso,

musculo. El dolor visceral suele ser de tipo cólico y transmitido por fibras amielinicas y se relaciona con daño a vísceras. Y el dolor neuropático se manifiesta como ardoso quemante en este caso el daño está en el sistema somatosensorial, es decir en nervios; ya sean periféricos o centrales. También se tiene que distinguir entre dolor agudo y crónico, siendo el dolor agudo reciente y con duración menor a 3 meses y el dolor crónico es aquel que persiste a la causa original y tiene más de 3 meses de duración.

Del mismo modo, Villate, Ledesma y Martín (2014) menciona que el dolor no es un síntoma aislado que se encuentran expuestos a estresantes y presentan alteraciones emocionales como depresión o ansiedad. En el año 2010 en el país de Argentina, la incidencia de los pacientes con hemodiálisis ha tenido un crecimiento exponencial llegando a 153 pacientes por millón de habitantes siendo el dolor un síntoma frecuente hasta el 50 a 80%.

Luego NANDA, (2017) Menciona que el dolor que es una experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial, o descrita en tales; inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible.

El paciente de estudio presenta dolor en zona de abertura de fistula de cirugía anterior en escala de EVA 7/10 puntos.

Los factores relacionados para este diagnóstico son: agentes lesivos biológicos (infección, isquemia, cáncer), agentes lesivos físicos (absceso, amputación, quemadura, corte, levantar objetos pesados, procesos quirúrgicos, traumatismos, sobre entrenamiento, agentes lesivos químicos (quemaduras, capsaicina, cloruro metílico, sulfuro de mostaza).

Se realizaron cuidados específicos para este diagnóstico como son: inicialmente valorar la intensidad del dolor según escala (1/10 EVA) esta escala permite medir la intensidad del dolor

ayudando a identificar el grado de molestia, necesidad y la eficacia de la analgesia (Carpenito, 2014).

A condición del dolor permitir al paciente adoptar una posición antalgica. Esta posición es de flexión ventral ayudando a disminuir el dolor (Carpenito, 2014).

Inicialmente administrar paracetamol 1 gr EV. Actúa inhibiendo las síntesis de las prostaglandinas en el sistema nervioso central bloqueando el impulso doloroso a nivel periférico (Covarrubias 2013).

Sin embargo, revalorar el dolor utilizando una escala EVA del 0/10 puntos. Permite evaluar la eficacia del analgésico y efectos colaterales (Carpenito, 2014).

Por consiguiente, controlar los factores ambientales que puedan influir en la respuesta del paciente a las molestias. Los medios distractores (ruidos, ambiente de luz adecuado, temperatura de la habitación, musicoterapia, demostración interés por el bienestar del paciente, escucha activa.) Son tratamientos no invasivos donde se usan medidas físicas y psicológicas para el manejo del dolor. (Velásquez, 2018).

De todos modos, integrar a la familia en la modalidad de alivio del dolor si fuera necesario: Los familiares son fuente de apoyo del paciente. Siendo responsables de recibir la información sobre el estado del paciente (Sánchez, 2011).

Pero utilizar un enfoque multidisciplinario al manejo del dolor, cuando corresponda: El psicólogo menciona que el dolor puede mermar la mayoría e incluso todas las áreas de la vida llevando así al acercamiento clínico a estos síndromes. Es en este sentido en el que se van a recoger algunas consideraciones sobre aspectos que pueden contribuir a mejorar dichos tratamientos (Martin, 2015).

Por lo tanto, favorecer un ambiente favorable: Un buen ambiente es asimilado por el paciente para su propio funcionamiento interpretándolo a sus proyectos de vida. La comodidad del paciente hace referencia a una sensación de alivio al malestar, a un estado de tranquilidad y satisfacción, o a cualquier sentimiento que haga la vida fácil o agradable. (Gonzales, 2017).

Cp. Infección.

Según la OPS y OMS (2017), menciona que para que ocurra una infección o colonización, tiene que darse una secuencia de elementos que se unen para transmitir un microorganismo infeccioso a un huésped susceptible.

Continuando, Pérez y Guirao (2016) mencionan que la gran mayoría de las infecciones en cirugía están causadas por microorganismos de la flora cutánea, de las mucosas del tracto digestivo y del sistema genitourinario. Así, por ejemplo, las infecciones del espacio quirúrgico están causadas por los gérmenes pertenecientes a la flora del lugar de la intervención o por bacterias exógenas procedentes del personal sanitario o del medio ambiente.

Mientras que Gonzales (2015), menciona que la infección del tracto urinario consiste en la colonización y multiplicación microbiana, habitualmente bacteriana, a lo largo del trayecto del tracto urinario. Se denomina pielonefritis si afecta al riñón y la pelvis renal, cistitis si implica a la vejiga, uretritis si afecta a la uretra y prostatitis si la infección se localiza en la próstata.

Por lo cual, Cuellar (2013) refiere que las infecciones son causa de morbimortalidad en huéspedes inmunocomprometidos. La frecuencia y las diversas infecciones dependerán del tipo de inmuno compromiso y tratamiento recibido. Por tanto, en el aspecto epidemiológico incluye el estilo de vida, ocupación, viajes previos, etc. Estos permiten evaluar y determinar el riesgo de potenciales infecciones.

Mientras que, Maguiña (2016) menciona sobre las infecciones nosocomiales que ocurren en consecuencia más en las heridas quirúrgicas, las vías urinarias y las vías respiratorias inferiores y según la OMS da a conocer que la máxima prevalencia de infecciones nosocomiales ocurre en las unidades de cuidados intensivos y en pabellones quirúrgicos siendo las tasas de prevalencia de infección son mayores en pacientes vulnerables por causa de la edad avanzada. Las infecciones nosocomiales agravan la discapacidad funcional y la tensión emocional del paciente, y en algunos casos puede ocasionar trastornos discapacitantes que reduce la calidad de vida. Los microorganismos causantes de infecciones nosocomiales como bacterias, virus, parásitos pueden ser transmitidos a la comunidad por los pacientes después del alta hospitalaria.

La resistencia bacteriana es un fenómeno que crece cada día a nivel mundial, hace algunas décadas la gran mayoría de los antimicrobianos funcionaban bien tanto para las infecciones comunitarias y nosocomiales, pero debido al uso irracional de los antibióticos entre otras causas y el mal uso de estos, por ello estamos en una situación sumamente dramática declarada por la OMS, OPS, y los ministerios de salud de diferentes naciones como un problema grave.

El paciente de estudio presentó infección urinaria siendo confirmada por el examen completo de orina con un resultado de positivo a infección.

Se realizaron cuidados específicos para este diagnóstico como son:

En el principio realizar el lavado de manos. Para remover la suciedad y los gérmenes patógenos y la flora transitoria de la piel y de las manos por medio de la fricción y el arrastre siendo una medida para reducir el riesgo de transmisión de microorganismos (Margara, 2015).

A continuación, realizar curaciones diarias con técnica aséptica. Las curaciones favorecen la cicatrización de la herida, favoreciendo el crecimiento del tejido de granulación, protegiendo de agentes externas e infecciosas (Muñoz, 2011).

Continuando la administrar Ceftriaxona 2 gr EV c/24 h. este antibiótico betalactámico bactericida de tercera generación y actúa inhibiendo la pared celular bacteriana al unirse con una proteína ligado a la penicilina que se encuentra en dicha pared y se administra para tratar la infección identificada o de manera profiláctica, especialmente en caso de antecedente de pielonefritis recurrente (Doenges, 2006).

Teniendo en cuenta las medidas de bioseguridad: guantes, mandilón, lentes. Sirve como mecanismo de barrera evitando la contaminación y protegiendo al paciente y enfermero (Muñoz, 2011).

Mientras coordinar la toma de exámenes complementarios: Hemocultivo: Esta muestra se debe de tomar antes de la administración de una terapia antimicrobiana sistémica, ya que puede ser negativo a positivo de bacteriemia o sepsis (Keith Struthers, 2018). Las plaquetas favorecen la coagulación y liberan los factores de crecimiento. Los neutrófilos y macrófagos destruyen las bacterias (Muñoz, 2011).

Fomentar una ingesta nutricional adecuada: El déficit de la nutrición incluyen las carencias de calorías, proteínas, minerales y agua en la alimentación. Una nutrición deficiente retrasa o incluso inhibe la cicatrización de la herida (Salas, 2005).

Así pues, fomentar la ingesta de líquidos según corresponde: La ingesta de líquidos es imprescindible para mantener la perfusión de nutrientes y la buena oxigenación. Porque la deshidratación es un riesgo para que se produzca la cronificación de las heridas ya que la piel se vuelve inelástica, frágil y susceptible a roturas (Begoña, 2015).

Es importante limpiar la piel del paciente con un agente antibacteriano apropiado: Cuando la piel está intacta se debe lavar con agua y jabón neutro. Y Si la zona es muy pequeña, limpiar con gasa impregnado en solución salina 0,9% (suero fisiológico). Secar antes de proceder a la

antisepsia. Los antisépticos destruyen o inhiben el crecimiento de los microorganismos y que son aplicadas sobre los tejidos vivos (piel íntegra, mucosas, heridas quirúrgicas o no quirúrgicas, quemaduras, ulceraciones, etc.) hace frente a Gram + y virus, hongos. Y los desinfectantes son productos de acción antimicrobiana que se utilizan sobre objetos o superficies inanimadas (mobiliario, suelos, etc.) (Muñoz, 2011).

De todas maneras, usar guantes según lo exigen las normas de precaución universal: Según las normas de bioseguridad el uso de los guantes disminuye la transmisión de gérmenes del paciente a las manos del personal de salud. No sustituye el lavado de manos, una vez que se coloca los guantes no debemos tocar superficies ni áreas corporales, los guantes debe ser con la talla adecuada (Manual de bioseguridad hospitalaria Minsa, 2015).

A si mismo enseñar al paciente y a la familia evitar infecciones: Para evitar las infecciones debemos transmitir el conocimiento de reconocimientos de infección (Laliena, 2012).

Finalmente instruir al paciente y a la familia acerca de los signos y síntomas de infección: Educando al paciente y a su familia sobre el cuidado de la herida y los signos de alarma: fiebre, enrojecimiento, calor, rubor, color, aumento de volumen y presencia de pus, comunicando de inmediato al personal de salud o familiar (Laliena, 2012).

CP. Insuficiencia Renal Crónica

Según Doenges (2006), menciona que la insuficiencia renal crónica es el resultado de la pérdida gradual y progresiva de la función renal. Este síndrome generalmente es progresivo y produce cambios a todos los sistemas orgánicos. La fase final de la disfunción renal, la nefropatía de la fase terminal, se manifiesta por una filtración glomerular del 15 al 20%. La diabetes y la

hipertensión son responsables juntas de más del 70% de todos los casos de nefropatía de la fase terminal.

Otro aspecto, Chávez-Hernández y Ulibarri-Hernández (2017). Es un síndrome caracterizado por un descenso brusco del filtrado glomerular y aumento de los productos nitrogenados en sangre y se puede asociar a oliguria. Es una complicación grave en el período peroperatorio, y está fuertemente asociada con mayores tasas de mortalidad y morbilidad. Es un problema creciente, conlleva complicaciones graves y potencialmente catastróficas, sobre todo en pacientes hospitalizados.

Mientras que Poveda y Alves (2014) refieren que la insuficiencia renal crónica (IRC) se caracteriza por la pérdida progresiva e irreversible de la función renal, teniendo como causas principales la diabetes mellitus y la hipertensión arterial.

Asimismo, Espinoza-Cueva (2016) menciona que la enfermedad renal crónica requiere de ciertas restricciones nutrimentales asociadas al acumulo de minerales que no pueden ser eliminadas por vía renal y algunas de estas restricciones modifican el consumo de proteínas, sodio y fosforo y

Según Díaz (2017), la insuficiencia renal crónica es la presencia del daño renal con una duración de más de tres meses ya sean estructurales o funcionales con o sin descenso de la tasa de filtración glomerular. La insuficiencia renal crónica es un proceso fisiopatológico progresivo e irreversible que lleva a un estado terminal en el que un paciente requiera diálisis o trasplante para continuar viviendo.

Mientras que Herrera- Añazco y Pacheco (2016) hacen referencia que, en el Perú, más del 50% de la población requiere algún tipo de terapia de reemplazo renal no la está recibiendo y existen regiones del país donde el Ministerio de Salud (MINSA) no cuenta con centros de diálisis

en sus hospitales para el manejo de éstos pacientes, ni con nefrólogos para su atención a la población. Aunque es un problema que va más allá de recursos económicos, algunas estimaciones sugieren que para dar cobertura similar al promedio latinoamericano a los pacientes que requieren algún tipo de terapia de reemplazo renal, el presupuesto de salud debería duplicarse y a nivel mundial la población que requiera hemodiálisis se duplique en los próximos 10 años, según la Society of Nephrology sugiere que la ERC sea incluida dentro de los programas nacionales de enfermedades crónicas no transmisibles.

Finalizando, Kelley (2010) menciona que en la insuficiencia renal crónica el análisis de orina es anormal en la mayoría de los estadios de la insuficiencia renal y puede revelar grados variables de proteinuria, hematuria, piuria y cilindros anchos y céreos se asocia con la insuficiencia renal crónica prácticamente de cualquier etiología y refleja la dilatación inespecífica de los túbulos renales. El BUN y la creatinina aumentan en forma proporcional por lo general en una relación de 10-15:1. Una elevación del BUN (nitrógeno ureico en la sangre) desproporcionada con respecto a la creatinina sérica sugiere una obstrucción del flujo urinario.

El paciente de estudio presenta como antecedente la hipertensión arterial.

Se realizaron cuidados específicos para este diagnóstico como:

Controlar la presión arterial. La razón del incremento es que el aumento de la presión arterial no solo aumenta la fuerza el flujo sanguíneo, haciendo que se incremente compensatorio en la resistencia vascular (Gayton, 2004).

En la hipertensión arterial hace que el corazón trabaje más dañando los vasos sanguíneos del cuerpo haciendo que llegue menos sangre a los riñones y si son dañados dejan de eliminar los desechos y fluidos y estos fluidos hacen que aumenten la presión arterial, y el organismo empezara a retener líquidos acumulándose los sustancias de desecho aumentando a medida que el filtrado

glomerular disminuya. (National Kidney and Urologic Diseases Information Clearinghouse-Centro Nacional de Información de Enfermedades Renales y Urológicas, 2014).

Por consiguiente, brindar una dieta para paciente renal según indicación, para estos pacientes es importante reducir las proteínas ya que estas tienen un alto peso molecular de gran volumen afectando al riñón. Es importante tener controlado el consumo de potasio, fósforo y sodio que son minerales que cuando están en exceso afectan a los riñones (Patiño, 2013).

Es importante disminuir la proteína de la dieta, dieta bajo en sal, bajo en potasio, bajo en fósforo. El consumo de proteínas se debe controlar para impedir que los desechos se acumulen en la sangre y someten a un excesivo trabajo al riñón. Reducir el potasio porque si se acumula en la sangre se eleva el riesgo de presentar alteraciones al corazón. Reducir el fósforo porque un nivel alto en la sangre afecta a los huesos a largo plazo. El sodio favorece la retención de líquidos que el riñón no puede eliminar ocasionando hipertensión arterial (Patiño, 2013).

Además, realizar un balance hídrico estricto: El control hídrico ayuda a evaluar el estado de hidratación del paciente comprobando el flujo y gasto urinario a horariomenor de 30 ml/hora la disminución de la velocidad de filtración glomerular provocando una diuresis insuficiente y estimulando la producción de renina provocando un aumento de la presión arterial en un intento por aumentar el flujo sanguíneo a los riñones (Carpenito, 2014).

Del mismo modo, controlar diuresis horaria. Es para el control estricto y para valorar el funcionamiento renal permitiendo detectar precozmente signos de deshidratación (Doenges 2006).

Es de total importancia limitar el consumo de líquidos. El exceso de agua corporal puede acompañar a la insuficiencia renal oligúrica se expresan con edemas periféricos, edemas

pulmonares e hipertensión. La mayor de agua en relación con el sodio es causa de la hiponatremia (Carpenito, 2014).

Por último, administrar Captopril 25 mg o furosemida 40 mg según indicación médica. En pacientes con deterioro de la función renal crónica el uso del Captopril se debe reducir o administrarla a intervalos más prolongados porque es excretado por la vía renal. Con respecto a la furosemida (tiazidas) es lo más recomendable en pacientes con función renal grave y la dosis se debe ajustar en función de la respuesta de la presión arterial y mantener lo más bajo que sea posible para conseguir un control adecuado (Vademécum, 2010).

Deterioro de la integridad tisular:

Ahora bien, Arantón y Martín (2015) definen como un daño que se produce en las capas externas de la piel y/o en los tejidos subyacentes, como consecuencia de determinados factores o problemas clínicos que derivan en una solución de continuidad de la piel y que no puede considerarse una enfermedad o una patología en sí misma, sino un signo clínico derivado de una serie de factores concretos que superan la barrera natural que conforma nuestra piel.

Sin embargo, Vidal (2012) menciona que el deterioro de la integridad cutánea y tisular de un individuo se puede presentar tanto si se encuentra en instituciones cerradas como en el ámbito domiciliario, siendo responsable de un agravamiento del pronóstico, de una disminución de la esperanza de vida y de un deterioro de la calidad de vida de quienes las padecen o de sus cuidadores.

Asimismo, también se define como una lesión de la membrana mucosa, córnea, sistema integumentaria, fascia muscular, musculo, tendón, hueso, cartílago, capsula articular y/o ligamento (NANDA, 2017).

El paciente de estudio presentó lesión en zona de hipogastrio ocasionado por cirugía anterior ocasionándole abertura externa.

Los factores relacionados para este diagnóstico son: Agentes farmacológicos, alteración de la sensibilidad, alteración del metabolismo, conocimiento insuficiente sobre el mantenimiento de la integridad tisular, conocimiento insuficiente sobre la protección de la integridad tisular, deterioro de la circulación, deterioro de la movilidad, edades extremas, estado de desequilibrio nutricional (obesidad, malnutrición), factor mecánico, fuente de alimentación eléctrica de alta tensión, humedad, lesión por agente químico (quemadura, capsaicina, cloruro metálico, sulfuro de mostaza) Neuropatía periférica , procedimiento quirúrgico , radioterapia, temperatura ambientales extremas, volumen de líquidos excesivos, volumen de líquidos insuficiente.

Se realizaron cuidados específicos para este diagnóstico como son:

Con el fin de eliminar microorganismos, realizar el lavado de manos. Las manos es la principal vía de transmisión de gérmenes y el lavado de manos es una medida para evitar la transmisión de gérmenes perjudiciales y evitar las infecciones mejorando la salud la seguridad del personal y del paciente. (OMS)

Teniendo en cuenta del enrojecimiento de la piel vigilar zona. Para detectar signos de alarma manteniendo la piel limpia y seca, utilizar apósito adecuado, la piel seca e hidratada. La hidratación ayuda a que esta mantenga su elasticidad y su función de barrera de la piel y la epitelización restablece la barrera externa y minimiza las pérdidas de líquidos y la invasión bacteriana (Roemmers, 2012)

Asimismo, realizar cambios posturales esto reduce la presión en los tejidos, mejorando la circulación y reduciendo el tiempo en que una región cualquiera se encuentra privada de un flujo sanguíneo completo (Kosier, 2013). Asegurar una nutrición adecuada rica en Vit. A y C, así como

el hierro y zinc, para que la síntesis de colágeno se eficaz, y la vitamina C que es esencial para la formación de colágeno y la cicatrización de las heridas. Un buen soporte nutricional favorece la cicatrización y evita nuevas lesiones, una nutrición se asocia con la pérdida de peso y atrofia muscular provoca una menor resistencia a las infecciones e interfiere a la cicatrización de la herida (Carpenito, 2014) y un aporte proteico puede incrementarse con un mayor consumo de carnes, huevos, legumbres, cereales etc. (Muñoz, 2011).

Es de mayor importancia instruir al paciente/familia sobre cuidados piel. El objetivo es crear un entorno para el cumplimiento del tratamiento, para eso se debe valorar aptitudes, disponibilidad, conocimientos, y recursos del entorno del cuidado y/familia (Muñoz, 2011)

Sin embargo, limpiar la herida con suero fisiológico, antisépticos adecuados y/o lavado profundo. La solución salina o suero fisiológico 0.9% es una solución isotónica y no interfiere con el proceso de la cicatrización, no daña los tejidos, no causa sensibilidad, y no altera la flora de la piel (Águeda, 2014).

Consecuentemente controlar las características de la herida: drenaje, dolor, tamaño, olor. Para evaluar la complejidad de la herida anotando si se percibe el mal olor de la herida que puede ser un signo de infección (Doenges, 2006).

Aun así, cubrir la herida de forma adecuada con apósitos. Los apósitos protegen la piel y absorben los fluidos y evitan la contaminación de fuentes exógenas (Águeda, 2014)

Sin embargo, observar el grado de vulnerabilidad del paciente a las infecciones. Si observamos eritema, dolor, calor y exudado purulento son signos de infección (Doenges, 2006).

Al finalizar, mantener la sala limpia y ordenada para evitar la contaminación. Reduce el número de agentes patógenos presentadas al sistema inmunitario y reduce la posibilidad de que el

enfermero y paciente contraigan una infección hospitalaria y el mantener el ambiente húmedo en la herida mantiene la temperatura adecuada para estimular la fibrinólisis (Roemmers, 2012).

Capítulo IV

Evaluación y conclusiones

Evaluación

El paciente en estudio fue atendido en el servicio de emergencia, en el área de observación, donde estuvo por 4 horas, se brindaron los cuidados lográndose:

Evaluación por días de atención:

Primer diagnóstico:

Hipertermia

Objetivo alcanzado, evidenciando disminución de temperatura corporal 37°C , FC: 75 x min, dentro de valores normales, color y calor de la piel tibia al tacto.

Segundo diagnóstico:

Dolor agudo

Objetivo alcanzado. El paciente refiere disminución del dolor en escala de EVA 4/10 puntos, disminuida FC (60-90 x´) y PA (120/80m Hg), facies de alivio y sosiego y evidencia ausencia de irritabilidad.

Tercer diagnóstico.

Cp. Infección

Objetivo alcanzado. El paciente presenta leucocitos: 13.75 cel/mm^3 se logró controlar la infección a través de los cuidados y la administración de antibióticos: Ceftriaxona 1 gr endovenoso.

Cuarto diagnóstico.

CP. Insuficiencia renal crónica

Objetivo parcialmente alcanzado, ya que se logra controlar la insuficiencia renal crónica.

Porque el paciente aún continúa con la patología

Quinto diagnóstico:

Deterioro de la integridad tisular.

Objetivo parcialmente alcanzado, porque el paciente aún permanece con la bolsa de

Colostomía y la abertura de la fistula urovesical hace 3 años. Se recuperará de acuerdo a los cuidados del equipo multidisciplinario.

Conclusiones.

Se logra alcanzar el primer, segundo, tercer objetivo tales fueron alcanzados. El objetivo cuarto y quinto fueron parcialmente alcanzados por presentar complicaciones: Presencia de bolsa de colostomía y la abertura de la fistula urovesical hace 3 años.

Se logra aplicar el Proceso de Atención de Enfermería a un paciente del servicio de emergencia, siendo éste efectivo para la recuperación del paciente.

Referencias Bibliografías

T.H. Herdman, S. Kamitsuru (2015-2017). Nanda Internacional, Inc. Diagnósticos de enfermeros. Definiciones y clasificación. Barcelona España.

Mery B. (2016) Guía Metodológica del Pae y Taxonomías NANDA, NIC Y NOC. Propuesta de Enfermería Por especialidades con SOAPIE. 4^{ta} edición. Diagramación y montaje Lima Perú

Mery B. (2010) Guía Metodológica del Pae y Taxonomías NANDA, NIC Y NOC. Propuesta de Enfermería Por especialidades con SOAPIE. 2^{ta} edición. Diagramación y montaje Lima Perú.

M. Doenges, M. Moorhouse (2008) Planes de cuidado de enfermería 7 edición, México.

L.J. Carpenito (2014) Diagnósticos de enfermería 9 edición. Aplicaciones en la práctica clínica. Colombia.

B. Kosier.G.Erb. Kblais, J.M. Wilkinson (1998) Fundamentos de enfermería Volumen 2, 5 edición actualizada, México.

L.J. Carpenito (2014) Planes de cuidados y documentación clínica en enfermería 4 edición España.

Vademécum (2014) Centro colaborador de La Administración Nacional de Medicamentos, alimentos y Tecnología Médica -ANMAT - Argentina. Revisada el 26 de octubre de 2014.<http://www.iqb.es/cbasicas/farma/farma04/p006.htm>

American Cancer Society (2017) La Sociedad Americana Contra El Cáncer.
<https://www.cancer.org/content/dam/CRC/PDF/Public/6397.96.pdf>

Carlos P, (2013) Infección del tracto urinario. 1^{era} edición. Barcelona. Salvat innovación y calidad.

Guía clínica sobre las infecciones urológicas (2010). Actualización en abril de 2010 [http://www.aeu.es/UserFiles/17GUIACLINICA SOBRE LAS INFECCIONES UROLOGICAS.pdf](http://www.aeu.es/UserFiles/17GUIACLINICA%20SOBRE%20LAS%20INFECCIONES%20UROLOGICAS.pdf).

Juan C. (2012) Interacciones medicamentosas Ediciones Apuntes Médicos del Perú 1^o Edición. Lima Perú.

Revista mexicana de urología (2008). Fístulas vesicales; diagnóstico y manejo. Experiencia de 10 años en el Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” <http://www.medigraphic.com/pdfs/uro/ur-2008/ur081b.pdf>

Hoja informativa sobre la sepsis (2017) Sepsis. Texto actualizado en septiembre de 2017.

<https://www.nigms.nih.gov/education/Documents/SepsisSp.pdf>

Revista Enfermería Docente (2014). Lesión combinada por humedad y presión: “Caso clínico”. Revisado en enero- diciembre 2014. <file:///C:/Users/Abejita/Downloads/3-31-PB.pdf>

Evelyn, P., (2014) Generalidades de sobre Infecciones Urinarias en el Adulto Mayor: Revista médica de Costa Rica y Centroamérica LXXI.

Téllez-Díaz T, Aragón-Castro M., Vázquez-Niño L., Gutiérrez-Rosales R, Ruvalcaba-Oceguera G., Guerrero-Reyes G. (2017) Aspectos actuales en el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo en mujeres 5^{ta} Edición México.

Kane, Robert L., J. Ouslander, I. B. Abrass, Geriatria Clínica. (2013) Organización Panamericana de la Salud. 3^{era} edición, GUÍA DE DIAGNÓSTICO Y MANEJO:

McGraw-Hill Interamericana, publicación de PALTEX, Organización Panamericana de la Salud.

TopDoctors (2017) Consejos para prevenir las infecciones del tracto urinario (ITU).
Publicado: 18/05/2017 | Actualizado: 02/06/2018. <https://www.topdoctors.es/articulos/medicos/consejos-para-prevenir-las-infecciones-del-tracto-urinario-itu>

Jair Francisco M, Ramírez A, Borgua, David V. (2014) Sepsis, Revista mexicana Med.Int.Méx. 2014; 30:159-17. MM.

Andrew R, St. Georges Hospital, Londres (2017) Campaña para sobrevivir a la sepsis: recomendaciones internacionales para el tratamiento de la sepsis y el choque septicémico:

Flor C.C. (2009) Procedimientos de enfermería en el cuidado del adulto y el adulto mayor. 1ra Ed. Lima Perú Editorial Imprenta Unión de la Upeu.

Gonzalo R.A. (1998) Manual de Enfermedades Infecciosas 2da Ed. México. Editorial Universidad Potosina.

J.Sanmartín M. (2007) Guías Clínica De cuidados paliativos. 1ra Ed España Madrid .Ediciones ARAN.

Juan M.N. (2018) Gestión Pública de la Atención Sanitaria. 1ra Ed. España Madrid. Editorial. ACCI. Ediciones.

José Luis M.S. (2017) Tratado de Cirugía General. . 3ra Ed. Ciudad de México. Editorial. Manual Moderno.

Raúl A. (2018) Fisiopatología de la ciencia del porque y el cómo. 1ra Ed. Barcelona España. Editorial Elsevier.

Fernández S. Gómez K, (2016) Notas de enfermería: Una mirada a su calidad 337-345.

Venado A. Moreno J.A. Rodríguez A. (2017) Insuficiencia Renal Crónica. Unidad de Proyectos Especiales Universidad Nacional Autónoma de México.

Herrera-Añazco P. Pacheco- Mendoza J. (2016) La enfermedad Renal Crónica en el

Perú. Una revisión narrativa de los artículos científicos publicados. Acta Médica del Perú 130-137.

García-Andreu J. (2017) Anestesia en MEXICO Manejo Básico del Dolor Agudo Crónico, volumen 29, México.

S. Villate, M. J. Ledesma (2014) Dolor Neuroptico en pacientes renales crónicos. Rev, Soc. Esp. Dolor 175-181 Volumen 21 N° 3.

Ciro Maguiña Vargas. (2016) Infecciones nosocomiales. Acta Medica Peruana. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima Perú.

Moislinger Allee (2016) La importancia de la temperatura corporal central. Fisiopatología y método de medición. Dräger Medical GmbH. Alemania.

Almonacid (2010) manual de protocolos y procedimiento generales de enfermería. Hospital Universitario Reina Sofía. Pag. 1-8.

Margara A. (2015) Guía para lavado de manos. Guía N#1 Comité de prevención y control de infecciones. Pautas de la OMS.

Gayton y Hall (2004) Tratado de filología medica 12 edición. Capitulo IV unidad La circulación.

Gonzales Gómez, Ana (2017) Enfermeria global: Comodidad de los pacientes hospitalizados en unidades de cuidado intensivo e intermedio N# 45.

Palanca Sánchez (2011) Unidad de tratamiento del dolor: Estándares y recomendaciones de calidad y seguridad. Madrid - España.

Hurtado, Martínez (2018) Intervención de la enfermera en el afrontamiento del dolor en pacientes post quirúrgico de cirugía abdominal en un hospital del minsa, lima – 2018 (Tesis posgrado)Universidad Cayetano Heredia. Lima- Perú.

Jordi Salas (2005) La alimentación y la nutrición a través de la historia. Editorial Glosa. Barcelona.

Miren Begoña (2015) El papel de la nutrición en la cicatrización de las heridas. Tesis de grado. Universidad del País Vasco. España.

Bulechek (2014) Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Sexta edición. Barcelona España.

Apéndices.

Apéndice A: Guía de valoración

VALORACIÓN DE ENFERMERIA AL SERVICIO.
DATOS GENERALES
Nombre de usuario: Piqui Walde Edgardo Attilio. Fecha de nacimiento: 12/08/1952 Edad: 65 años. Género: M-F Indigente: Fecha de ingreso al servicio: 24/04/2018. Hora: 19:53. Persona de referencia: Rafael. Tel.: 989720376 Casa: 2787622 Parentesco: Hijo. Procedencia: Admisión:..... Emergencia:..... Domicilio: X..... Otro:..... Sistema de salud: SOAT: () SIS:() ESSALUD:() OTROS: Compañía Rimac Forma de llegada: Ambulatorio () Silla de ruedas: (X) Camilla: () Ambulancia: () Serenazgo:() Bomberos:() Peso: 78 kilos. Estatura: 1:68 cm. Signos vitales: PA:106/61mmhg FC:114 FR:19x T°:39.1°C Sat:95% Fuente de información: Paciente: X..... Familiares:..... Otro:..... Motivo de ingreso: Escalofríos, Fiebre, decaimiento. Dx. Médico: Fiebre, Infección de vías urinarias, Insuficiencia renal crónica reagudizada. Fecha de la valoración: 24/04/2018 Hora: 22:14 pm
VALORACION SEGÚN PATRONES FUNCIONALES DE SALUD

PATRON PERCEPCIÓN- CONTROL DE LA SALUD

Antecedentes de enfermedad

HTA: (X) DM: () Gastritis: () úlcera: () CA:() TBC ()
 Asma () Sin problemas importantes:.....
 Pre eclampsia: () Hiperémesis gravídica:()
 Otros: ITU, Insuficiencia renal lado derecho diagnosticada en octubre 2017. Gota diagnosticada en 2005. Hiperuricemia. Hidronefrosis lado izquierdo severa diagnosticada en 2008.

Intervenciones quirúrgicas: Si (X) No ()

Fistula vesical en enero 2013.
 Portador de bolsa de bolsa de colostomía por fistula y cicatriz con secreción.
 Colovesical además actualmente fistulas

Alergias y otras reacciones:

Fármacos: Niega
 Alimentos: Niega
 Signos-síntomas: Niega
 Otros:.....

Factores de riesgo:

Consumo de tabaco: No () Si (X).....
 Consumo de alcohol: No () Si (X).....
 Consumo de drogas: No (X) Si ().....
 Obesidad: No () Si () sobrepeso

Medicamentos (con o sin indicación médica.

¿Qué toma actualmente? Dosis/Frec. Ultima dosis (Horarios).
 Losartan 1tb en la mañana
 Atorvastatina 1tb en la noche
 Acido fólico 2 tb en el almuerzo
 Tiamina en el almuerzo

Que necesita saber de su enfermedad:

Que se pueda recupera pronto

Realiza acciones preventivas como:

Tiene vacunas completas: SI (x) NO ()
 Ha recibido transfusiones sanguíneas: SI () NO (x)
 Ha estado expuesto a prácticas potencialmente infectivas SI () NO (x)
 Tiene periodos de descanso: SI () NO (x)
 Relax a lo largo del día SI () NO (x)
 Comentarios:

Describe su estado de salud:

Bueno: () Normal: () Malo: (X)
 Desea mejorar el tratamiento: SI (x) NO ()
 No conciencia de enfermedad: SI (x) NO ()
 No da importancia a su salud: SI (x) NO ()
 No acepta su estado de salud: SI (x) NO ()

PATRON DE RELACIONES – ROL (ASPECTO SOCIAL)

Participa en aspectos relacionados con su enfermedad: SI () NO (X)

Acepta su estado de salud: SI (X) NO ()

Ocupación: Ingeniero Pesquero.

Estado civil:

Soltero () Casado/a (X) Conviviente () Divorciado/a

Solo () Con su familia (X) Otros:.....

Fuentes de apoyo: Familia:(X) Amigos: () Otros:.....

Comentarios adicionales:.....

.....

.....

Religión: Católico

PATRON DE VALORES - CREENCIAS

Restricciones religiosas: SI () NO (X)

Solicita visita de capellán: SI () NO (X)

Comentarios adicionales:

**PATRON AUTORECEPCION – AUTOCONCEPTO
TOLERANCIA A LA SITUACION Y AL ESTRES**
Estado emocional:

Tranquilo: () ansioso: (X) negativo: ()
 Temeroso: () Imitable: () indiferente: (X)
 Depresión: (X) Intento de suicidio ()
 Tiene sensación de malestar o amenaza de origen inespecífico y sentimiento de aprensión ()
 Expresa desagrado con su imagen corporal ()
 Auto apreciación negativa (X)
 Temor expreso (X)

Preocupaciones principales con respecto a la hospitalización o enfermedad (económicas/autocuidado)

Desconfianza...por episodio anterior en otra clínica.....

Horas de sueño: 8 -10 horas

PATRON DE DESCANSO - SUEÑO

Problemas para dormir: SI () NO (X)

Patrón habitual de sueño:

Diurno: () Nocturno: (X)

Especificar:.....

Usa algún medicamento para dormir: SI () NO (X)

Especificar:.....

Despierto:()Somnoliento:(X) Soporoso:()

Inconsciente:() Coma:()

PATRON PERCEPTIVO - COGNITIVO

Orientado: Tiempo: (X) Espacio: () Personal: ()

Presencia de anomalías en:

Audición: normal: (X) disminuido: () ausente: ()

Visión: normal: (X) disminuido: () nubosidad: ()

Habla /lenguaje: idioma: Español

Otro:.....

Normal: (X) Afasia () Disartria ()

Dolor/molestias: SI (X) NO ()

Escala del dolor EVA 1/10

Escala de Glasgow: Puntaje total: 15 puntos.

Apertura ocular	Respuesta verbal:	Respuesta motora:
4 Espontáneamente	5 Orientado mantiene una conversación	6 Obedece ordenes
3 A la voz	4 Confuso	5 Localiza al dolor
2 Al dolor.	3 Palabras inapropiadas	4 Solo se retira
1 No responde	2 Sonidos incomprensibles	3 Flexión anormal
	1 No responde	2 Extensión anormal
		1 No responde

Descripción: Refiere dolor en zona de fistula.

Pupilas: Isocóricas (X) Anisocóricas ()
 Reactivas () No reactivas ()

Tamaño:.....

Comentarios adicionales:.....

Convulsiones: SI () NO (X)

Sedación: Si () No (X)

Medicación: Si (X) No ()

Escala de RAMSAY:

DESPIERTO	DORMIDO
1. Ansioso agitado o inquieto o ambos.	4. Dormido, pero con respuesta viva a estímulos débiles.
2. Colaborador orientado y tranquilo.	5. Dormido con respuestas débil a estímulos fuertes.
3. Responde únicamente a las órdenes.	6. Dormido, pero no responde.

Alteraciones motoras:

Tembor: ()

Agitación: ()

Hiperactividad: ()

Inhibición psicomotora: ()

Acatasia: ()

Estupor catatónico: ()

Rigidez: ()

Distonia aguda: ()

PATRON DE ACTIVIDAD - EJERCICIO
ACTIVIDAD RESPIRATORIA.

Respiración: Superficial () Profunda ()

Disnea: Si () No (X) En reposo () Al ejercicio ()

Aleteo nasal: Si () No (X)

Uso de músculos abesorios: Si () No (X)

Rítmico (X) Arrítmico ()

Se cansa con facilidad: No (X) Si ()

Ruidos respiratorios:

Estertores () Crepitantes () Sibilantes () Roncus ()

Disminuidos () Buen pase en ACP (X)

Tos: Si () No (X)

Eficaz: Si () No () Ineficaz: Si () No ()

Reflejo de la tos:

Presente: () Disminuido: () Ausente: ()

NBZ: Si () No (X)

Secreciones: No (X) Si ()

Vías altas () Bronquiales ()

Características

Blanquecinas: ()

Espesas: ()

Fluidas: ()

Abundantes: ()

Escasas: ()

Purulentas: ()

Hemáticas: ()

O2: No () Si () Modo:l/min/FIO2:..X.....

TET:.....Traqueotomía:.....VM:..... SatO2:.....

Comentarios:

ACTIVIDAD CIRCULATORIA

Pulso: Si Regular: () Irregular: (X)

Pulso periférico:

Normal () Disminuido () Ausente: ()

Edema: NO (X) SI ()

Localización:.....

+ (0-0.65cm) ()

++ (0.65-1.25cm) ()

+++ (1.25-2.50cm) ()

Riego periférico:

MII () Tibia Fría Caliente

MID () Tibia Fría Caliente

MSI () Tibia Fría Caliente

MSD () Tibia Fría Caliente

Presencia de líneas invasivas:

Catéter periférico: Si (X) No () Fecha: 24/04/18

Catéter central: Si () No () Fecha:.....

Catete óseo: Si () No () Fecha:.....

Uso de inotrópicos: Si () No ()

Comentarios:

EJERCICIO: CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO.

1=Independiente.

2= Parcialmente dependiente

3= Totalmente dependiente.

	1	2	3
Movilización en cama	X		
Deambular	X		
Ir al baño/bañarse		X	
Tomar alimentos	X		
Vestirse	X		

Aparatos de ayuda:

Ninguno (X) Muletas () Andador ()

Bastón () S. ruedas () Otros:.....

Movilidad de miembros: Conservada () Flacidez(X)

Contracturas: () Parálisis: ()

Fuerza muscular: Conservada: () Disminuida: (X)

Comentarios adicionales:.....

Índice de Katz

1= Independencia.

2= Dependencia parcial.

3= Totalmente dependiente.

KATZ	1	2	3
Lavarse		X	
Vestirse	X		
Uso de servicios higiénicos			X
Movilizarse	X		
Continencia			X
Alimentación	X		

PATRON NUTRICIONAL - METABOLICO

Piel: Coloración:

Normal () Pálida (X) Cianótica () Ictérica ()

Hidratación: Seca (X) Turgente ()

Integridad: Intacta () Lesiones (X) Hematomas ()

Petequias ()

Descripción: Se observa abertura anterior por cirugía anterior en zona de hipogastrio más o menos 5 cm y fosa iliaca izquierda.

Llenado capilar: <2 segundos (X) >2 segundos ()

UPP: Si () No (X) Grado: I () II () III () IV ()

Especificar:

Estado de Higiene:

Buena () Regular (X) Mala ()

Cavidad bucal:

Dentadura: Completa: (X) Incompleta: () Prótesis: ()

Ausente: () Caries dentales: Si () No (X)

Mucosa oral: Intacta (X) Lesiones ()

Halitosis: () Lengua saburral: () Queilitis: ()

Hidratación: Si () No (X)

Cambio de peso durante los últimos días:

Si () No (X)

Especificar:

Apetito: Normal () Aumentado () Disminuido (X)

Anorexia () Bulimia () NPO: ()

Dificultad para deglutir: Si () No (X)

Dificultad para masticar: Si () No (X)

Nauseas: Pirosis: () Vómitos: () Cantidad:.....

SNG: No () Si () Alimentación () Drenaje ()

Características:.....

Sonda gastrostomía: Si () No (X)

Comentarios:.....

Abdomen:

Normal: (X) Distendido: () Doloroso: () Timpánico ()

Ascítico () Gravidico: ()

Ruidos hidroaéreos:

Aumentados: () Normales: (X) Disminuidos: ()

Ausentes: ()

Herida Quirúrgica:

Drenajes: No () Si (X)

Especificar: Se observa fistula en hipogastrio en la cual hay rebosamiento de orina bolsa de colostomía en fosa iliaca izquierda.

Glucemia: 127 mg/dl

Tipos de dieta: Hiposodica: () Hipograsa: () Líquida: ()

Completa: (X) Licuada ()

Necesita suplementos nutricionales: Si () No ()

Peso actual: 78 Kilos IMC: 28.65

Expresa insatisfacción con su peso: No () Si (X)

Desnutrición: ()

Obesidad: ()

Extremos ponderales: ()

Comentarios: Sobrepeso.

PATRON DE ELIMINACION

Hábitos intestinales.

N° de deposiciones al día: Presencia de bolsa de colostomía el cambio es 1-2 veces al día.

Características:

Normal: () Estreñimiento: () Diarrea: ()
 Incontinencia: () Líquidas () Semilíquidas (X)
 Características: Sangre () Moco ()
 Coloración de las heces: Acólicas: () Biliosas: ()
 Negruzcas: () Verdes: ()
 Ostomía: Si (X) No ()

Características: Bolsa de colostomía en fosa iliaca derecha.

Hábitos vesicales:

Frecuencia: 1-2 veces al día.

Características: Ambar: () Colúrica: ()

Con sangre () Sedimentosa ()

Incontinencia urinaria: ()

Ocasional: () Permanente: ()

Retención de orina: ()

Polaquiuria: ()

Piuria: ()

Poliuria: ()

Disuria: ()

Nicturia: ()

Oliguria: ()

Anuria: ()

Hematuria: ()

Sistema de ayuda

Sondaje vesical intermitente: Si () No (X)

Fecha:

Sonda vesical suprapúbica: Si () No (X)

Fecha:

Ostomía/ urostomía: Si () No (X)

Nefrostomía: () Si () No ()

Colector: ()

Pañal: (X)

Comentarios adicionales: Presenta fistula en hipogástrico uro vesical.

Altura Uterina:..... FPP:.....

Loquios: Si () No () Cantidad:..... Color:.....

Olor:.....

Fértil: Si () No ()

Número de hijos vivos:.....

N° de embarazos:.....

Perdidas anteriores:.....

Comentarios:.....

Uso de métodos anticonceptivos: Si () NO ()

Nombre:.....

Limitaciones sexuales por dificultad:.....

Limitación sexual por terapia:.....

Problemas de identidad sexual:.....

Problemas de actividad sexual con su

pareja:.....

Perdida de interés sexual:.....

Violación sexual:.....

Fecha de violación:.....

Comentarios:.....

Nombre del enfermero:

CEP:

Fecha:

Firma:

PATRON SEXUALIDAD/ REPRODUCCION

Mamas: Blandas: () Turgentes: ()

Pezones: Planos: () Semiplanos: ()

Formados: () Intervenidos: () Otros:.....

Última menstruación:.....

Características:.....

Problemas menstruales:.....

Secreciones anormales en genitales: NO () SI ()

Especificar:.....

Comentarios:.....

Observaciones:.....

Edad Gestacional:.....

Sangrado vaginal: SI () NO ()

Perdida de tapón mucoso: SI () NO () Hora:.....

Perdida de líquidos amniótico: SI () NO ()

Comentarios:.....

Apéndice B: Consentimiento informado

Universidad Peruana Unión
Escuela de Posgrado
UPG de Ciencias de la Salud.

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Propósito y procedimientos.

Se me ha comunicado que el título del trabajo académico es “Proceso de atención de enfermería aplicado a un paciente en situación de emergencia”.

El objetivo de este estudio es aplicar el Proceso de Atención de Enfermería a una persona en situación de emergencia. Este trabajo académico está siendo realizado por la Lic. María Alejandra Flores Toscana, bajo la asesoría de la Dra. Delia León

La información otorgada a través de la guía de valoración, entrevista y examen físico será de carácter confidencial y se utilizarán sólo para fines del estudio.

Riesgos del estudio.

Se me ha dicho que no hay ningún riesgo físico, químico, biológico y psicológico; asociado con este trabajo académico. Pero como se obtendrá alguna información personal, está la posibilidad de que mi identidad pueda ser descubierta por la información otorgada. Sin embargo, se tomarán precauciones como la identificación por números para minimizar dicha posibilidad.

Beneficios del estudio.

No hay compensación monetaria por la participación en este estudio.

Participación voluntaria.

Se me ha comunicado que mi participación en el estudio es completamente voluntaria y que tengo el derecho de retirar mi consentimiento en cualquier punto antes que el informe esté finalizado, sin ningún tipo de penalización. Lo mismo se aplica por mi negativa inicial a la participación en este proyecto.

Habiendo leído detenidamente el consentimiento y he escuchado las explicaciones orales del investigador, firmo voluntariamente el presente documento.

Nombre del participante:.....

DNI:..... Fecha:

Firma participante.....

Apéndice C: Escalas de evaluación

